

Formulario de Exclusión del Servicio de Health Home

Declaración de certificación - Para ser completado por el beneficiario de Medicaid elegible por el Servicio de Health Home

Health Home calificado

Hablé con un Coordinador de Atención del Servicio de Health Home Calificado mencionado anteriormente, quien me ha explicado el programa y los servicios de coordinación de atención que puedo obtener. He decidido no participar en este momento.

Motivo de la exclusión voluntaria. Explicar su decisión de exclusión voluntaria es opcional.

Entiendo que no se me asignará un Coordinador de Atención u obtendré los servicios de Health Home, pero seguiré teniendo mis servicios de atención médica de Medicaid y/o Medicare.

Nombre del beneficiario de Medicaid

Fecha de nacimiento

Número de ProviderOne del beneficiario

Firma original del beneficiario o tutor legal (si procede)

Fecha de la firma

Verifique si es la firma de un representante legal

Si desea obtener servicios del Servicio de Health Home en el futuro, por favor llame a: 1-800-562-3022 o (TTY: 1-800-848-5429)

Para uso del Coordinador de Atención

Nombre del beneficiario de Medicaid

Fecha de nacimiento

Número de Identificación del Cliente de ProviderOne

Health Home calificado

He discutido el programa de Servicio de Health Home con el beneficiario a través del teléfono. Se explicaron los beneficios de la membresía; sin embargo, los beneficiarios de Medicaid han decidido no participar en este momento.

Motivo de la exclusión voluntaria.

Nombre del beneficiario de Medicaid

Número de Identificación del Cliente de ProviderOne

Nombre del coordinador de atención del Servicio de Health Home

Firma del coordinador de atención del Servicio de Health Home

Fecha de la firma

Envía una copia escaneada de este formulario completo en un correo electrónico seguro a HCA en hcamcprograms@hca.wa.gov dentro de un día hábil de recepción.